

SECRETARIA MUNICIPAL  
DE SAÚDEPREFEITURA DE  
SANTARÉM**BOLETIM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

MS/DATASUS		UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS	
N.º DO BE	EMERGÊNCIA DATA: ___/___/___	HORA: ___:___	

NOME:		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		JOC:	
IDADE:	DATA DE NASCIMENTO:	/	/	SEXO:	
ENDEREÇO:	NÚMERO:				
MUNICÍPIO:	BAIRRO:				
LOCAL DE PROCEDÊNCIA:	UF: PA	CEP:			
NOME DA MÃE:					
NOME DO PAI:					
RESPONSÁVEL:					
MOTIVO DE ATENDIMENTO:			TELEFONE: ( )		
CASO POLICIAL:					
CID. TRABALHO:	PLANO DE SAÚDE:	TRAUMA:			
VEIO DE AMBULÂNCIA:					
PA: [ X mmHg]	PULSO: [ ]	TEMP.: [ ]			
EXAMES COMPLEMENTARES: [ ] RAIO-X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRÁFIA					
DADOS CLÍNICOS:					
DIAGNÓSTICO:				CID:	
PRESCRIÇÃO			HORÁRIO DA MEDICAÇÃO		
DATA DE SAÍDA: ___/___/___			HORA DA SAÍDA: ___:___		
ALTA: [ ] DECISÃO MÉDICA [ ] A PEDIDO [ ] A REVELIA					
[ ] DESISTÊNCIA [ ] ENC. AO AMBULATÓRIO					
INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR): _____					
TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE): _____					
ÓBITO: [ ] ATÉ 48 H [ ] APÓS 48H / [ ] FAMÍLIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOLÓG.					
Av. Curuá-Una, S/N - São José Operário, Santarém - PA, 68020-650					